



ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: ICTUS Y GÉNERO

Revisión narrativa

ESTUDIANTE: Valentina García Claros.

TUTOR/A: Silvia Arribas.

TRABAJO FIN DE GRADO

ENFERMERÍA

Curso académico 2017-2018
Convocatoria ordinaria de junio

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.....	5
1.1. Factores de riesgo de ECV	6
1.2. Epidemiología de las ECV	8
1.3. Síntomas y señales de alarma.....	10
2. ICTUS.....	10
2.1. Definición de ictus y tipos.....	10
2.2. Ictus en España.....	12
2.3. Impacto socio-sanitario del ictus	14
2.4. Prevención y detección del ictus	14
2.5. Tratamiento del ictus.....	16
3. MUJER Y ECV	17
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	19
METODOLOGÍA.....	20
RESULTADOS	24
- Mujer e ictus: aspectos generales.....	24
- Diferencias de género en el conocimiento sobre factores de riesgo del ictus..	25
- Diferencias de género en prevención y tratamiento del ictus	26
- Diferencias de género en el impacto biopsicosocial tras sufrir un ictus	29
- Diferencias de género en el rol de cuidador del cónyuge afectado por el ictus	32
- Papel de enfermería en prevención, detección y tratamiento del ictus	34
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	49
AGRADECIMIENTOS	51

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo y en la mujer después de los 65 años, pero todavía no son suficientemente reconocidas ni tratadas. Existen diferencias significativas en su aparición entre géneros que requieren análisis. Por ejemplo, los accidentes cerebrovasculares afectan a un número de mujeres más elevado que de varones, causando más secuelas, discapacidad y disminución de calidad de vida en este género.

Objetivos: El objetivo general ha sido conocer las diferencias de género sobre distintos aspectos relacionados con el ictus y discutir el papel de enfermería en su prevención, detección y tratamiento. Específicamente se han analizado las diferencias en: 1) morbilidad y mortalidad por ictus, 2) conocimiento sobre los factores de riesgo, 3) prevención y tratamiento, 4) el impacto biopsicosocial tras sufrir un ictus, 5) rol de cuidador del cónyuge afectado por el ictus.

Metodología: Se realiza una revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Cinahl, PsycInfo y Scielo con ciertos criterios de inclusión y exclusión y usando los términos Ictus, Género, Estilo de vida, Autocuidado, Enfermería, Factores de riesgo, Prevención y control, Atención primaria.

Resultados: Se obtienen un total de 139 artículos, de los que se seleccionan 21 para el análisis. Los resultados se agrupan de acuerdo con los objetivos con un apartado adicional sobre generalidades de la mujer e ictus como introducción a este punto.

Conclusiones: 1) Mayor morbilidad y mortalidad por ictus en mujeres tras la menopausia, posiblemente en relación con su mayor esperanza de vida, 2) las mujeres suelen tener mayor conocimiento sobre el ictus, pero retrasan la asistencia a los servicios de urgencias ante síntomas de alarma, requieren hospitalización más prolongada y sufren mayor discapacidad tras un ictus, 3) el ictus genera más impacto biopsicosocial en las mujeres al no poder ejercer su papel de cuidadoras en la sociedad, 4) los varones con cónyuges afectados por ictus sufren alto estrés pero se encuentran cada vez más involucrados como cuidadores, 5) el papel de enfermería es imprescindible en promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de sujetos y familias afectados por un ictus. Se debe educar en la prevención de los factores de riesgo en ambos géneros, crear una conciencia en el género femenino de su particular vulnerabilidad y ayudar en la concienciación como cuidadores de los varones con familiares afectados por ictus.

Palabras clave: Ictus, género, sexo, factores de riesgo, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are the main cause of morbidity and mortality in the world and in women after 65 years, but they are still not sufficiently recognized or treated. There are significant differences in their appearance between genders that require analysis. For example, strokes affect a higher number of women than men, causing more sequelae, disability and decreased quality of life in this genre.

Objectives: The general objective has been to know the gender differences on different aspects related to stroke and to discuss the role of nursing in its prevention, detection and treatment. Specifically, the differences were analyzed in: 1) morbidity and mortality due to stroke, 2) knowledge about risk factors, 3) prevention and treatment, 4) the biopsychosocial impact after suffering a stroke, 5) role of caregiver of the spouse affected by stroke.

Methodology: A narrative review is performed through a bibliographic search in Pubmed, Cuiden, Cinahl, PsycInfo and Scielo databases with certain inclusion and exclusion criteria and using the terms Stroke, Gender Identity, Life style, Self care, Nursing, Risk factors, Prevention and control, Primary health care.

Results: A total of 139 articles are obtained, of which 21 are selected for the analysis. The results are grouped according to the objectives with an additional section on generalities of women and stroke as an introduction to this point.

Conclusions: 1) More morbidity and mortality due to stroke in women after menopause, possibly in relation to their longer life expectancy, 2) women tend to have more knowledge about stroke, but they delay their attendance at emergency services when there are alarm symptoms, they require longer hospitalization and suffer more disability after a stroke, 3) stroke generates more biopsychosocial impact in women when they can not exercise their role of carers in society, 4) men with spouses affected by stroke suffer high stress but are found increasingly involved as caregivers, 5) the role of nursing is essential in promotion, prevention, assistance and rehabilitation of subjects and families affected by a stroke. Nursing should educate in the prevention of risk factors in both genders, create an awareness in the female gender of their particular vulnerability and help in raising awareness as caregivers of men with family members affected by stroke.

Key words: Stroke, gender, sex, risk factors, nursing.

INTRODUCCIÓN

1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son todas aquellas patologías que afectan al funcionamiento del corazón y los vasos sanguíneos. Entre las más importantes cabe destacar:

- **Enfermedad coronaria:** alteración de los vasos sanguíneos que reduce el riego sanguíneo al músculo cardíaco. Puede originar angina de pecho o infarto agudo de miocardio (IAM).
- **Enfermedad arterial periférica:** alteración de los vasos sanguíneos que irrigan extremidades inferiores y superiores.
- **Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar:** coágulos de sangre en las venas de las extremidades inferiores, que pueden desprenderse y dirigirse hacia el corazón y los pulmones.
- **Enfermedad cardíaca reumática:** enfermedad causada por la lesión de las válvulas cardíacas y el miocardio derivada de la inflamación ocasionada por la fiebre reumática, la cual es una enfermedad inflamatoria causada por bacterias estreptocócicas.
- **Enfermedad cardíaca congénita:** malformaciones de la estructura del corazón o alteraciones en el funcionamiento del mismo que se presentan al nacer.
- **Enfermedad cerebrovascular:** alteraciones de los vasos sanguíneos que reduce el riego sanguíneo al cerebro (1).
- **Insuficiencia cardíaca:** alteración del corazón por la cual este no es capaz de bombear sangre suficiente para satisfacer las necesidades del organismo (2).

En la mayoría de casos, los accidentes cerebrovasculares (ACV), también conocidos como ictus, y los IAM son de aparición aguda y se producen debido a un bloqueo que dificulta o impide que la sangre fluya hacia el cerebro o el corazón. Una de las causas más frecuente es la aterosclerosis, es decir, la acumulación de lípidos en el interior de las paredes de los vasos sanguíneos que obstruyen el flujo de sangre. Los ACV también pueden darse a causa del sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro o por coágulos de sangre. En el siguiente apartado, se muestran los factores de riesgo más importantes de cardiopatía y ACV, los cuales son comunes también a otras ECV (3).

1.1. FACTORES DE RIESGO DE ECV

Las ECV son de origen multifactorial y en su desarrollo contribuyen numerosos factores de riesgo, entendiéndose como factores de riesgo aquellas circunstancias o aspectos que aumentan la probabilidad de que ocurra un daño. Algunos no son modificables como la edad, género o factores genéticos. Sin embargo, la mayoría son modificables, por lo que su cambio o prevención puede repercutir positivamente reduciendo el riesgo de ECV. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Aunque los IAM y los derrames cerebrales son las principales causas de muerte en todas partes del mundo, el 80% de las muertes prematuras por estas causas podrían evitarse mediante el control de los principales factores de riesgo (entre ellos una dieta inadecuada, el sedentarismo, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol)” (3).

Los factores de riesgo de ECV se pueden clasificar en no modificables (genéticos, edad y sexo), modificables (relacionados con estilos de vida) y un inadecuado desarrollo fetal (relacionado con una mala nutrición materna, exposición a tóxicos o complicaciones gestacionales). Muchos de los factores de riesgo tienen una estrecha relación con causas sociales. Ser hijo/a de madres jóvenes, de bajo nivel económico o bajo nivel educativo aumenta el riesgo de tener bajo peso al nacer y disminuye las probabilidades de amamantar (la lactancia materna es un factor protector de ECV). El bajo peso al nacer se relaciona directamente con un riesgo más alto de desarrollar enfermedad coronaria, ACV e hipertensión arterial (HTA). En segundo lugar los buenos estilos de vida, o hábitos saludables, como realizar una dieta adecuada, hacer ejercicio y no fumar, se van a aprender temprano en la vida y estarán relacionados con ejemplos familiares.

Por otro lado, es bien conocido que existen "factores de riesgo intermediarios", como son la HTA, hiperglucemia, hiperlipidemia, y sobrepeso u obesidad, que están estrechamente relacionados con el estilo de vida. Es por ello por lo que debe realizarse la prevención y/o tratamiento de los mismos, pues son indicativos de un aumento del riesgo de sufrir IAM, ACV, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones. También se debe tener en cuenta la existencia de otras causas subyacentes en las enfermedades crónicas como son la globalización, urbanización, o aumento de edad de la población (3). Todos los factores se representan de manera esquemática en la figura 1.

Por todo esto, es deseable la modificación de esos “hábitos inadecuados” para reducir el riesgo de padecer ECV. Esto se traduce en abandonar el consumo de tabaco y alcohol,

realizar una dieta baja en sal y grasas saturadas, rica en fibra e hidratos de carbono, y consumo diario de frutas y verduras, así como la realización de ejercicio físico regularmente. Por otro lado, será necesario, como medida de prevención, estudiar las necesidades farmacológicas en aquellas personas que presentan el diagnóstico de diabetes mellitus, HTA, fibrilación auricular (FA) o hiperlipidemia.

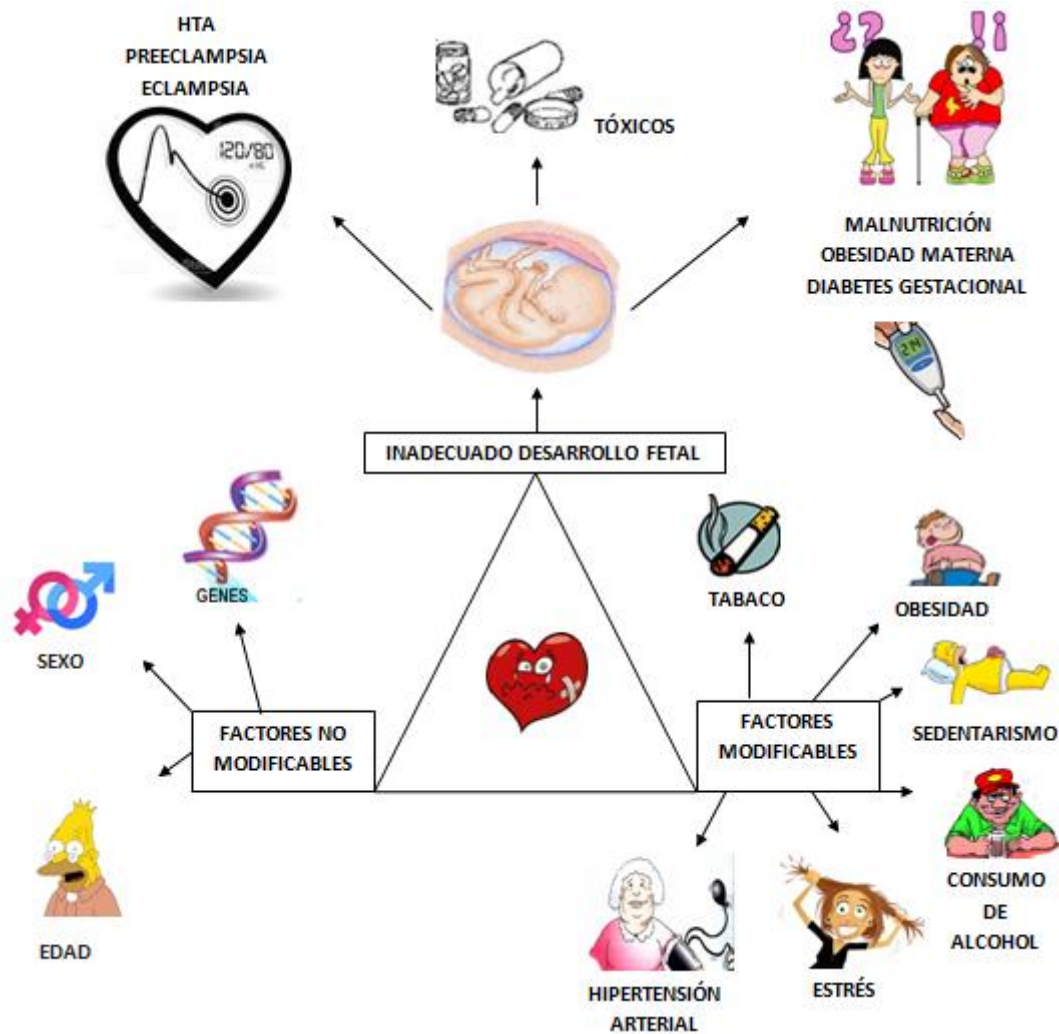


Figura 1. Representación esquemática de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ECV

Las ECV son la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo, causando alrededor de 17 millones de defunciones al año, de las cuales son, en su mayoría, IAM y ACV. En 2010, la OMS estimó que las ECV se habían convertido en la principal causa de muerte en los países en vía de desarrollo, así como en los países desarrollados.

Las ECV afectan a unos países más que a otros, pues según la OMS “más del 80% de las muertes por ECV se producen en países de ingresos bajos y medios”. Estos, sin duda, se ven más afectados debido a que se encuentran más expuestos a los factores de riesgo de ECV, y, además, sus habitantes tienen menos acceso a servicios de atención sanitaria adecuada, a actuaciones de prevención y/o a programas de atención primaria integrados para una detección precoz y un buen tratamiento de aquellas personas expuestas a factores de riesgo. Por otro lado, no se debe olvidar que las ECV, junto a otras enfermedades no transmisibles generan gastos sanitarios elevados, a los cuales estas poblaciones no pueden responder (3).

En España, las ECV constituyen la principal causa de muerte y de hospitalización de la población, produciendo más de 125.000 defunciones y alrededor de 5 millones de estancias hospitalarias al año (4). Según el informe de la Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA) de 2007: “En 2004, último año para el que hay datos publicados, las ECV causaron 123.867 muertes (56.359 en varones y 67.508 en mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 291 por 100.00 habitantes (269 en varones y 311 en mujeres)” (5). En la figura 2 está representada la mortalidad causada por las distintas ECV en las Comunidades Autónomas (CC.AA.) de España en el año 2003.

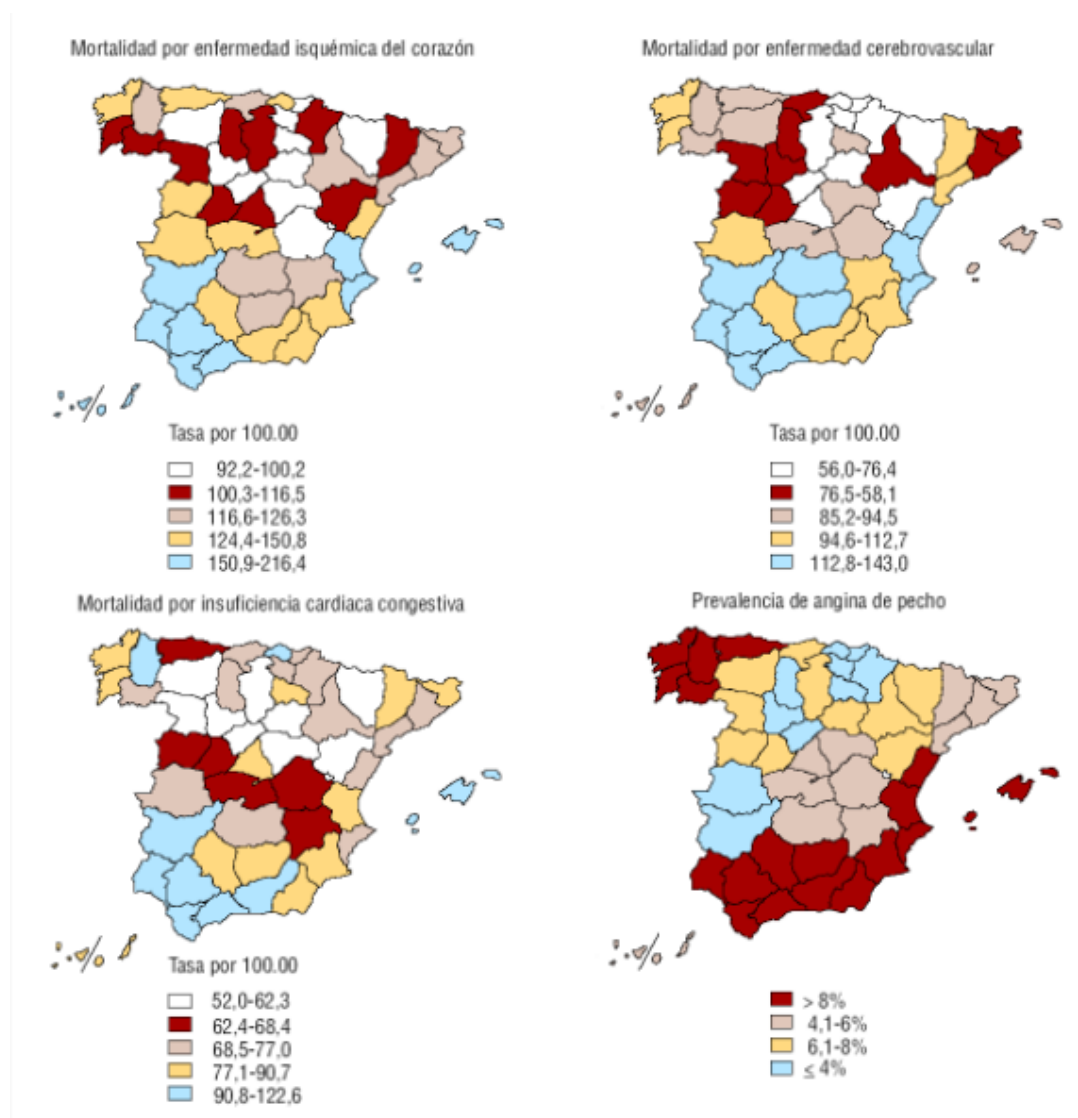


Figura 2. Tasas de mortalidad y prevalencia de algunas enfermedades cardiovasculares por Comunidades Autónomas. Rev Esp Cardiol Supl. 2006;6(G):3

En los varones, hasta los 85 años, las tasas de mortalidad cardiovascular ajustadas por edad son más elevadas que en las mujeres. Sin embargo, las tasas brutas de mortalidad y el número absoluto de muertes, en general, son más altas en las mujeres, debido a que las ECV son mucho más frecuentes en las edades avanzadas de la vida, donde el número de mujeres supera al de varones. Se debe tener en cuenta el hecho de que en más del 60% de los casos no se realiza un buen control de los factores de riesgo y existe un gran número de personas que no presenta síntomas aunque tengan elevado riesgo de padecer un evento cardiovascular por la presencia de dos o más de esos factores de riesgo. Como consecuencia de esta situación, la incidencia y la mortalidad coronarias no han mejorado significativamente en España. La forma idónea de mejorar esta situación es la potenciación de la prevención primaria de las ECV, reestructurando tanto las

actividades de prevención como las de atención a las personas que ya padecen una enfermedad (en la actualidad la mayoría de recursos se centran en este último punto) (4).

1.3. SÍNTOMAS Y SEÑALES DE ALARMA

Las ECV no suelen mostrar síntomas y la primera manifestación se puede traducir en un IAM o un ACV. Es muy importante proporcionar a la población la información adecuada en relación con algunos síntomas de ECV y explicar que ante la aparición de cualquiera de ellos se debe acudir inmediatamente a servicios de urgencias.

Según la OMS: “Un IAM se puede manifestar con algunos síntomas como dolor o molestias en el pecho y/o dolor o molestias en brazos, hombro izquierdo, mandíbula o espalda. Además puede haber dificultad para respirar, náuseas o vómitos, mareos o desmayos, sudores fríos y palidez. La dificultad para respirar, las náuseas y vómitos y el dolor en la mandíbula o la espalda son más frecuentes en las mujeres” (3).

2. ICTUS

2.1. DEFINICIÓN DE ICTUS Y TIPOS

En este trabajo resulta relevante la definición del término “ictus”, ya que es la ECV en la que se va a centrar esta revisión narrativa. Al ictus también se le conoce como Accidente Cerebro Vascular o ACV, embolia o trombosis cerebral”.

Según la Federación Española del Ictus (FEI): “El ictus es una enfermedad que se produce por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo a los vasos cerebrales. La sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria, lo cual afecta al funcionamiento de las células nerviosas”. Esta enfermedad fue, según datos del Instituto Nacional de Estadística, la segunda causa de muerte global en 2002 y es la primera causa de muerte en la mujer española (6).

Existen factores de riesgo frente al ACV, algunos son no modificables como la edad, antecedentes familiares, sexo o raza y otros son modificables como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y/o drogas, la HTA, la dislipemia, la diabetes mellitus, la obesidad, el sedentarismo, las dietas ricas en sal y en grasas saturadas, y enfermedades del corazón, como la FA (3).

El ictus se clasifica en dos categorías, que son el ictus isquémico y el ictus hemorrágico. En ambos casos, el flujo sanguíneo cerebral de un área determinada del cerebro se ve interrumpido y las células cerebrales, debido a la hipoxia, empiezan a morir causando daño cerebral (7).

Ictus isquémico

Representa el 80-85% del total de casos de ictus. Si el periodo de isquemia es muy prolongado puede producir infarto cerebral, es decir, lesiones cerebrales irreversibles o permanentes, sin embargo, si se produce durante un periodo corto y se recupera el flujo sanguíneo, se denomina ataque isquémico transitorio (AIT).

Ya que está causado por la obstrucción o bloqueo de una arteria cerebral, debemos identificar los motivos por los cual puede darse tal obstrucción. Según la Fundación Ictus se clasifican en:

- **Ictus isquémico aterotrombótico.** Es debido al depósito de una placa de ateroma en una arteria intracraneal o extracraneal que reduce la luz de la arteria de manera progresiva. Puede deberse al aumento de tamaño de la placa que produce obstrucción del flujo sanguíneo o también por la calcificación, rotura, o hemorragia intraplaca que genera un trombo. En esta categoría de ictus, hay algunos factores de riesgo directamente relacionados como son la edad, el tabaquismo, la HTA, la diabetes mellitus, la dislipemia, la obesidad o el sedentarismo.
- **Ictus isquémico por cardioembolia.** La obstrucción arterial se debe a un trombo de procedencia cardiaca. Para su diagnóstico, se debe evaluar la presencia de cardiopatías embolígenas, entre las cuales destacan las arritmias (la más común es la FA, el IAM, cardiopatía reumática, etc.), aunque también puede producirse por otras enfermedades que afecten a la coagulación.

Ictus hemorrágico

También conocido como derrame cerebral y causado por la rotura de una arteria junto a la extravasación de la sangre en las estructuras cerebrales. Se relaciona principalmente con la HTA, que es el mayor factor de riesgo, aunque también hay otros como consumo

de alcohol y/o drogas, algunas enfermedades de la sangre, fármacos anticoagulantes como heparina o Sintrom, y traumatismos craneoencefálicos.

También puede clasificarse en dos tipos dependiendo de la localización de la sangre: cerebral y subaracnoideo. En el primer caso, el coágulo se encuentra en el cerebro (en parénquima o ventrículo). Y en el segundo, la sangre se encuentra en el espacio subaracnoideo. En personas jóvenes sin factores de riesgo que sufren un ictus hemorrágico, se tiene que considerar la posibilidad de que se haya producido la rotura de un aneurisma o malformaciones en los vasos del cerebro (7).

2.2. ICTUS EN ESPAÑA

“La OMS calcula que en el año 2050 la población mayor de 65 años conformará el 46% del total, y que casi el 50% podría sufrir un ictus. De hecho, cada seis minutos se produce un ictus en España”. La incidencia de ictus aumenta con la edad, siendo mayor a partir de los 55 años. Según los datos del estudio PREVICTUS se calcula que en España, durante los próximos 10 años, un porcentaje superior al 21% de la población mayor de 60 años tiene un elevado riesgo de padecer un ictus (6).

Datos procedentes del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN) nos indican que “el ictus tiene un gran impacto en nuestra sociedad, ya que es la primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas y la segunda en los varones. En Europa mueren 650.000 personas anualmente por esta causa y, de ellos, 40.000 son españoles”.

La mortalidad causada por el ictus presenta una distribución diferente entre CC.AA. En la tabla 1 se representa esta diferencia con datos del año 2003 por orden decreciente.

TABLA 1. Distribución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular por Comunidades Autónomas. Año 2003.	
<u>Comunidad Autónoma</u>	<u>Tasa por 100.000 hab.</u>
Galicia	118,02
Extremadura	112,90
Aragón	112,47
Castilla-La Mancha	108,15
Asturias (Principado de)	107,44
Andalucía	104,36
Castilla y León	102,18
Cantabria	96,80
Comunidad Valenciana	94,50
La Rioja	90,45
Murcia (Región de)	86,12
Navarra (Comunidad foral de)	82,45
País Vasco	78,99
Cataluña	78,58
Baleares (Islas)	74,53
Ceuta y Melilla	62,22
Madrid (Comunidad de)	52,59
Canarias	47,67
TOTAL NACIONAL	88,62

Fuente: INE 2003

La estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Sanidad indica que en la mayoría de CC.AA., el ictus se encuentra en la cima de prioridad de la intervención en salud, sobre todo en los servicios de emergencia, siendo necesario el transporte inmediato y medicalizado. Por otro lado, en muchas de ellas, ya existen unidades de ictus en atención especializada que además cuentan con equipos multidisciplinarios y también se han escrito protocolos de fibrinólisis en los hospitales, así como protocolos y/o guías de práctica clínica para la atención al ictus. Sin embargo, sólo unas pocas CC.AA tienen un organismo dedicado a la planificación y/o evaluación en ictus o cuentan con un consejo

asesor para ictus, y sólo algunas, como Cataluña y el País Vasco, cuentan con reglamentación autonómica (8).

2.3. IMPACTO SOCIO-SANITARIO DEL ICTUS

En la mayoría de casos el ACV es una enfermedad que afecta a pacientes mayores de 65 años, en el caso de Europa el ictus se sitúa en segundo lugar en lo que se refiere a carga de enfermedad (9). Según la FEI, “los costes directos representan, en algunos países industrializados, entre el 2% y 4% del gasto sanitario total. Cada ictus supone un gasto medio de 4.000 euros durante los tres primeros meses de enfermedad, no incluidos las bajas laborales del enfermo y su familia” (6). Ciertos datos procedentes del estudio GBD (Carga global de las enfermedades) 2000, señalan que “las enfermedades cerebrales causan en toda Europa un 23% de los años de vida sana perdidos y un 50% de los años vividos con discapacidad (AVD)”. Por otro lado, la incidencia de estas enfermedades está en aumento a causa del envejecimiento de la sociedad europea.

En el caso de España, las previsiones de población señalan que en el año 2050 se situaría como una de las poblaciones más envejecidas de todo el mundo, produciéndose un incremento de la incidencia y prevalencia del ictus. Según datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria “se produce un incremento constante de pacientes ingresados con el diagnóstico principal al alta de enfermedad cerebrovascular, alcanzando, en el año 2003, la cifra de 114.498 casos. Asimismo se observa un incremento de la tasa de ictus por cada 100.000 habitantes a lo largo de los años, que en el año 2003 fue de 268”. Estos datos elevados, como ya se ha señalado antes, resultan de un envejecimiento de la población (9).

En resumen, no podemos olvidar que el ictus es la primera causa de discapacidad en nuestro país y conlleva un gasto muy elevado tanto en los servicios sanitarios como en sociales, es decir, constituye, a día de hoy, uno de los problemas socio-sanitarios más relevantes, precisando de estrategias concretas y adecuadas para su manejo y control.

2.4. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL ICTUS

En el ACV o ictus el síntoma prevalente es la pérdida súbita, generalmente unilateral, de fuerza muscular en extremidades inferiores y/o superiores y/o cara. También pueden darse algunos síntomas o señales de alarma como confusión, afasia o disartria, alteraciones visuales unilaterales o bilaterales, ataxia, mareos, pérdida de equilibrio, cefalea intensa sin causa conocida y pérdida de conciencia (3). Los expertos señalan que

una de cada seis personas en el mundo sufrirán un ictus, aunque este dato podría modificarse si se controlaran los factores de riesgo, pudiéndose evitar hasta un 80% de los casos (6). Para llevar a cabo una prevención primaria del ictus es necesario un abordaje multidisciplinario y exhaustivo en el cual el papel de la Atención Primaria es imprescindible. Esta prevención se va a centrar en la identificación y transformación de todos aquellos factores de riesgo para lograr evitar un ACV cuando este no se ha dado. En cada paciente debe ser valorado de manera individual el riesgo de ictus mediante ciertas escalas de perfil de riesgo que realizan una comparación en relación con la media poblacional. Las más utilizadas en nuestro país para el cálculo de riesgo vascular en persona sin enfermedad vascular conocida son la tabla de Framingham, la tabla REGICOR (Registre Gironí del COR), y la tabla SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Todas estas escalas diferencian los cálculos por sexo y por edad, además, tienen en cuenta factores de riesgo no modificables y, otros datos como las cifras de presión arterial, de colesterol, el tabaquismo y, a veces, la existencia de diabetes (8). Un punto a tener en cuenta en la prevención primaria es la creación de entornos que favorezcan disponibilidad y adecuación de opciones saludables que aumenten la motivación en las personas para llevar a cabo un estilo o comportamiento saludable (3).

Por otro lado, tras sufrir un ictus, está demostrado que el pilar fundamental para un buen pronóstico está directamente relacionado con la rapidez con la que se detectan los síntomas iniciales y se establece contacto con los sistemas de emergencias para llevar a cabo las actuaciones necesarias en el menor tiempo posible desde que el paciente sufre el ictus hasta que se toman dichas medidas. Debido a esto, es muy relevante hacer hincapié en la prevención y proporcionar una correcta información a los ciudadanos sobre los factores de riesgo y los síntomas de alarma. Por otro lado, es imprescindible la activación del “código ictus”, que es la manera en la que se coordinan de manera correcta los servicios de urgencia y los centros sanitarios. Otro punto importante para tener en cuenta a la hora de abordar el ictus es la necesidad de un plan integral de actuaciones desde el inicio del tratamiento para poder garantizar la mejor recuperación del paciente. Se ha demostrado que la actuación mediante protocolos sobre el ictus, tanto desde el punto de vista médico como de enfermería es de vital importancia para disminuir las posibles secuelas que causa la enfermedad.

La Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud se encarga de estos temas, entre otros, con relación al ictus, estableciendo objetivos para mejorar al máximo cada uno de

ellos, a través del esfuerzo y compromiso de todas las CC.AA. y del Ministerio de Sanidad y Consumo (8).

2.5. TRATAMIENTO DEL ICTUS

Desde hace tiempo se han dado grandes avances en el conocimiento de enfermedades del sistema nervioso, incluyendo enfermedades neurovasculares, pudiéndose generar planes de cuidados adecuados a cada paciente, como por ejemplo atención neurológica especializada, manejo del accidente cerebrovascular en Unidades de Ictus y fibrinólisis como tratamiento (9).

Diversos estudios muestran la falta de control de los factores de riesgo en la aparición de enfermedades cerebrovasculares, en este caso, el ictus. Según la FEI “entre el 40% y el 50% de los enfermos abandona el tratamiento tras dos o tres años de haber sufrido un infarto cerebral, lo que favorece la aparición de un segundo evento, cuya repercusión será peor que la del primero”.

En cuanto al tratamiento del ictus los fármacos más utilizados son:

- **Estatinas**, fármacos que reducen las cifras de colesterol y participan en un aumento de la circulación cerebral y la capacidad neuroprotectora. Se ha demostrado su importancia tanto en prevención primaria como secundaria de infartos cerebrales, reduciendo hasta un 30% la mortalidad global.
- **Antihipertensivos, antiagregantes y anticoagulantes**, fármacos recomendados debido a que el ictus de tipo hemorrágico está relacionado directamente con la elevación de la presión arterial y con la formación de trombos. Además, también suponen un control de la FA en aquellos pacientes mayores de 75 años o en aquellos que presentan varios factores de riesgo.
- **Trombólisis intravenosa**, la cual, según estudios como el SITS-MOST, es segura en el uso clínico y abre la esperanza para las personas que padecen un ictus en España” (6).

El ACV siempre se aborda de manera más eficiente en aquellos países en los que ha mejorado el rendimiento de los sistemas de atención de la salud relacionado con el tratamiento del ictus y se realiza un enfoque amplio para un abordaje correcto del ictus. Por un lado, son más efectivos los que incluyen la prevención, atención aguda y rehabilitación, uso adecuado de los recursos necesarios y una organización correcta del

tratamiento. Por otro lado, son más eficaces aquellos sistemas sanitarios que incluyen el uso de unidades especializadas de ACV, lo cual supone un gran beneficio, aunque sólo puedan gozar de ello aquellos países con suficientes recursos (10).

3. MUJER Y ECV

Las ECV son la principal causa de muerte en la mujer después de los 65 años. Sin embargo, todavía no están suficientemente reconocidas ni tratadas.

Es cierto que existen diferencias significativas en la aparición de las ECV entre el género masculino y femenino. La tasa de aparición de IAM y ACV en la mujer es muy baja antes de los 40 años y hasta la menopausia, momento cuando comienza a elevarse. En los hombres, sin embargo, esta incidencia se produce unos 10 años antes. Es decir, en la mujer la aparición de ECV se ve retrasada frente a los hombres.

Los riesgos de la mujer frente a estas enfermedades no se tienen en cuenta de la manera en que se debería. Algunos motivos son:

- Existencia de pocas representaciones de mujeres en ensayos clínicos y tratamientos disminuidos.
- Concepto erróneo de que la mujer está "protegida" ante las ECV.
- Bajo conocimiento tanto de la enfermedad como de su presentación clínica en este género.
- Diagnóstico tardío o erróneo en los servicios de emergencia. Diversos estudios explican que se debe a que las mujeres tienden a tener más síntomas vaso-vegetativos concomitantes que pueden enmascarar el propio diagnóstico o dificultar su descubrimiento.

Debido a que antes de la menopausia, la tasa de eventos de ECV en mujeres es baja y está causada por un factor de riesgo claro, el tabaquismo, se dice que la mujer en edad fértil se encuentra protegida por la acción de los estrógenos endógenos, retrasándose de esta manera, la aparición de enfermedad aterosclerótica (11).

Los estrógenos tienen ciertas funciones que proporcionan un beneficio biológico considerable a las mujeres, entre las que destacan:

- Regulación de la presión arterial.
- Protección de estructuras vasculares a través de actividad antioxidante, es decir, disminuyendo el estrés oxidativo.
- Protección cardiovascular por la capacidad para regular los niveles y la actividad de la endotelina, que es un potente vasoconstrictor.
- Actúan como inmunomoduladores.
- A veces se consideran antiinflamatorios, lo cual constituye un mecanismo de protección ante la HTA.

Por todo esto, la disminución de estrógenos puede contribuir a desarrollar HTA y, más adelante, ECV (12). Aquellas mujeres con menopausia temprana antes de los 40 años, presentan una esperanza de vida menor en comparación con mujeres con una menopausia normal o tardía (13). Por otro lado, hay evidencia de que en las mujeres que tienen una deficiencia de estrógenos endógenos se multiplica por siete su riesgo de ECV. Por estos datos, muchos estudios afirman que la transición a la menopausia se asocia con un perfil de riesgo de ECV.

En cuanto a factores de riesgo, aunque ambos sexos comparten la mayoría de los factores de riesgo generales, el impacto y la importancia de estos varía significativamente. Por ejemplo, en el caso de mujeres jóvenes, menores de 50 años, fumar es mucho más perjudicial que en los hombres, aumentando el riesgo de padecer un IAM, esto se debe a una regulación negativa de la vasodilatación dependiente de estrógenos.

Otro factor es el peso corporal, que en la mujer aumenta durante los primeros años postmenopausia, produciéndose en este género un aumento de prevalencia de obesidad y de sus consecuencias clínicas, entre ellas diabetes tipo II, ambas constituyen factores de riesgo para la aparición de ECV.

Diversos estudios evidencian que las mujeres de edad avanzada presentan una presión arterial sistólica más elevada que los hombres de su misma edad. Este hecho está directamente relacionado con la falta de estrógenos en la menopausia. La HTA provoca más daño y predisposición frente a ECV en mujeres que en hombres. Algunos de los síntomas característicos de una presión arterial muy elevada son dolor de pecho, cefaleas intensas o sensaciones de calor. Aunque, socialmente, todas esas quejas son erróneamente relacionadas con la propia menopausia.

Otro factor a tener en cuenta es el colesterol, ya que a partir de los 65 años el colesterol LDL es más alto en las mujeres que en los hombres, teniendo a su vez, mayor riesgo de enfermedad coronaria. Aunque se han realizado estudios con muestras de mujeres en la terapia con estatinas, pocos estudios han demostrado que jueguen un papel importante en la prevención primaria (11,14).

Un tema necesario de abordar en el estudio de la mujer y las ECV, es la existencia de ciertos factores de riesgo propios únicamente de este género, como por ejemplo:

- Uso de anticonceptivos orales.
- Síndrome de ovario poliquístico, el cual es por sí mismo un factor de riesgo para la aterosclerosis, siendo siempre más grave en aquellas mujeres post-menopáusicas que lo padecen que en las pre-menopáusicas.
- Enfermedades hipertensivas durante el embarazo que generan mayor riesgo ante el desarrollo de ECV prematuras. Por ejemplo, una mujer con preeclampsia durante el embarazo tiene el doble de riesgo de padecer ECV que aquella que tuvo valores de normotensión durante toda la gestación. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la HTA se relaciona con el desarrollo futuro de diabetes tipo II y por todo esto, las mujeres, en el embarazo, deben ser sujetos de estudio para el desarrollo de intervenciones encaminadas a prevenir y detectar el riesgo cardiovascular (11).

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Desde hace años el ictus en la mujer ha obtenido una elevada importancia clínica y se ha reconocido en el contexto de salud pública. El motivo principal es que esta enfermedad afecta a un número de mujeres más elevado que de varones (aunque la incidencia y la mortalidad por grupos de edad sean mayores en estos últimos), causando mayores secuelas, discapacidad y disminución de calidad de vida en el género femenino tras sufrirlo (13). Por todo esto, en este TFG se ha propuesto llevar a cabo una revisión narrativa del tema. Para ello, se han planteado los siguientes objetivos:

Objetivo general: Estudiar las diferencias de género en la prevención, tratamiento e impacto del ictus.

Objetivos específicos: Analizar las diferencias de género en:

- El conocimiento sobre los factores de riesgo del ictus.
- La prevención y tratamiento del ictus.
- El impacto biopsicosocial tras sufrir un ictus.
- El rol de cuidador del cónyuge afectado por el ictus.

Y por último, como aspecto importante, discutir el papel de enfermería en la prevención, detección y tratamiento del ictus teniendo en cuenta estas diferencias de género.

METODOLOGÍA

El tipo de trabajo seleccionado es una revisión narrativa con el objetivo de conocer y recoger la evidencia disponible respecto al tema tratado actualmente. Para poder realizar esta revisión narrativa se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN, PsycINFO, etc. Para lo cual se tradujeron del lenguaje libre al controlado (en inglés y español) los términos centrales de los objetivos como podemos ver en la siguiente tabla.

Tabla 2. Términos utilizados en la búsqueda bibliográfica			
Término de búsqueda	DeCs		MeSH (Pubmed)
	Español	Inglés	
Ictus	Ictus	Stroke	Stroke
Género	Género	Gender	Gender Identity
Estilo de vida	Estilo de vida	Life style	Life style
Autocuidado	Autocuidado	Self care	Self care
Enfermería	Enfermería	Nursing	Nursing
Factores de riesgo	Factores de riesgo	Risk factors	Risk factors
Prevención y control	Prevención y control	Prevention and control	Prevention and control [Subheading]
Atención primaria	Atención primaria	primary care	primary health care

Además, como se muestra en la tabla 3, se plantearon una serie de criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los documentos pertinentes para la redacción de la revisión narrativa.

Tabla 3. Criterios de búsqueda	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos o revisiones bibliográficas en inglés o español; en alemán o portugués sólo se han analizado si son muy relevantes (con ayuda de traductor).	Artículos de experimentación en animales. Documentos que no aporten información adecuada para dar respuesta a los objetivos planteados.
Documentos que traten de poblaciones de edad avanzada y con factores de riesgo de ictus.	Documentos que realicen estudios de población joven.
Artículos que no superen los 10 años tras publicación, a menos que sean de especial relevancia para el trabajo.	Documentos con más de 10 años tras publicación, a menos que sean de especial relevancia para el trabajo.
Artículos que estudien diferencias biológicas y psicosociales de ambos géneros tras un ictus.	Artículos que hacen referencia a desorden sexual tras un ictus.

La búsqueda, fue estructurada de la manera mostrada en la tabla 4. Se llevó a cabo, tras la lectura del abstract o resumen de cada artículo encontrado, una primera selección de los artículos considerados relevantes.

Tabla 4. Estrategias de búsqueda y selección				
Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Eliminación de duplicados	Selección post-abstract
PubMed	("Stroke"[Mesh]) AND "Gender Identity"[Mesh]	22	0	9
	((("Gender Identity"[Mesh]) AND "Stroke"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading])	5	5	0
	((("Life Style"[Mesh]) AND "Stroke"[Mesh]) AND "Gender Identity"[Mesh])	2	2	0
	((("Stroke"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) AND "Gender Identity"[Mesh])	1	1	0
	((("Nursing" [Subheading]) AND "Stroke"[Mesh]) AND "Gender Identity"[Mesh])	4	4	0
	((("Stroke"[Mesh]) AND "Self Care"[Mesh]) AND "Gender Identity"[Mesh])	0	0	0
	((("Stroke"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh]) AND "Gender Identity"[Mesh])	4	4	0
	((("Stroke"[Mesh]) AND "Gender Identity"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh])	0	0	0
Cuiden	("Ictus") AND ("mujer")	17	0	1
	("Stroke") AND ("gender")	10	1	0
	("Ictus") AND ("Enfermería") AND ("Mujer")	9	9	0
	("Ictus") AND ("Genero") AND ("Prevencion")	1	1	0
	("Accidente") AND ("Cerebrovascular") AND ("Mujer")	30	0	2
	("Stroke") AND ("Self care")	14	0	0
	("Ictus") AND ("Autocuidado")	6	2	0
	("Ictus") AND ("Autocuidado") AND ("Genero")	0	0	0

Cinahl	Stroke AND gender identity	5	1	1
	Stroke AND gender identity AND risk factors	2	2	0
	Stroke AND Gender identity AND Prevention and control [subheading]	0	0	0
	Stroke AND Gender identity AND Self care	0	0	0
	Stroke AND Gender identity AND Life style	0	0	0
	Stroke AND Gender identity AND Primary health care	0	0	0
PsycINFO	Stroke AND gender identity	25	9	1
	Stroke AND Gender identity AND Self care	0	0	0
	Stroke AND Gender identity AND Nursing	4	3	0
	Stroke AND Gender identity AND Risk factors	6	5	0
	Stroke AND Gender identity AND Prevention and control [subheading]	0	0	0
ScieLo	Stroke AND Gender identity	2	0	0
Total		139	49	14

Al realizar la búsqueda de documentos para la realización de la revisión narrativa mediante los términos MeSH indicados anteriormente, se han conseguido 14 documentos con relevancia, al ser un número considerablemente bajo, se accede a PubMed y en la búsqueda ("Stroke"[MeSH]) AND "Gender Identity"[MeSH], en el primer artículo que aparece, y el más actual (**"Gender differences in feelings and knowledge about stroke"**), se decide seleccionar la opción **"similar articles"**, consiguiéndose el resultado de 98 artículos, de los cuales, tras la lectura de cada abstract, son seleccionados 6 para el análisis. Por otro lado, se realizó el mismo paso en el artículo nº 11 (**"Elderly people's experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective"**), y así se consiguió un resultado de 124 artículos, de los cuales se seleccionan 3 que cumplen con los criterios para responder a los objetivos planteados.

En conclusión, una vez realizada una lectura general del abstract de los artículos encontrados en las bases de datos consultadas, se hizo una selección preliminar total de 23 documentos. Posteriormente, tras una lectura crítica y pormenorizada de los documentos seleccionados, se efectuó una segunda criba, en la que 21 artículos fueron definitivamente elegidos para ser utilizados en la elaboración de la revisión bibliográfica. Por otro lado, cabe mencionar que la introducción de los resultados, la cual recibe el nombre de “*MUJER E ICTUS: ASPECTOS GENERALES*”, ha sido realizada mediante información procedente de algunos de los artículos seleccionados, pero también mediante información de algunos artículos proporcionados por la Dra. Silvia Arribas.

RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados, ordenados de acuerdo con los objetivos planteados.

- *Mujer e ictus: aspectos generales*

Múltiples estudios demuestran que la importancia del género como factor de riesgo independiente para padecer una ECV o un ACV no está clara. Sin embargo, sí existe evidencia de que las tasas de mortalidad en mujeres mayores son más altas que en hombres, debido a su esperanza de vida (15, 16, 17). También hay consenso de que la tasa de aparición de ACV en la mujer es muy baja antes de los 55, momento cuando comienza a elevarse. En los hombres, sin embargo, esta incidencia se produce unos 10 años antes (10). Otro aspecto que destacan varios autores es que hay grandes diferencias de género en la presentación, atención clínica y resultados de ACV. (15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24).

El motivo biológico que marca la diferencia entre ambos géneros tiene una relación directa con el papel protector, del cual hemos hablado antes, que ejercen los estrógenos endógenos en las mujeres, que generan un efecto antioxidante y antiapoptótico. Existe amplia evidencia de ECV en la mujer, incluyendo aumento de presión arterial, alteración del perfil lipídico, mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad e incluso desarrollo de diabetes, todos ellos también son factores de riesgo directos de ACV (25, 26).

Por otra parte, las mujeres también tienen una mayor predisposición a algunos tipos de ictus a causa del empleo de anticonceptivos orales y por otros factores de riesgo reconocidos como exclusivos del género, como por ejemplo el embarazo y el periodo posterior al parto (momento en el que el riesgo de ACV isquémico se encuentra aumentado) (14, 19, 20, 15, 17, 25, 26, 27). Diversos autores también señalan que la incidencia de la ruptura de aneurismas es más elevada en mujeres post-menopáusicas que en hombres, lo cual se puede deber a una disminución en los niveles de estrógenos (17, 20).

También se ha evidenciado que algunos factores de riesgo son diferentes en varones y mujeres. En el caso de las mujeres, los factores de riesgo principales son la edad (las mujeres alcanzan edades más avanzadas que los varones), y además, la posibilidad de sufrir HTA y FA, particularmente tras la menopausia. Sin embargo, en los varones, los factores de riesgo son muy diferentes. Entre los factores de riesgo reconocidos por los hombres se encuentran el consumo elevado de alcohol, el tabaquismo, la dislipemia, enfermedad arterial periférica y/o enfermedad cardíaca previa, además, es conocido que todos estos factores afectan a menos mujeres (15, 25, 28).

Varios autores recalcan que la HTA es el factor de riesgo modificable más común para el ACV en hombres y mujeres, pero que la mujer en el periodo post-menopáusico tiene mayor riesgo de desarrollar HTA comparada con las mujeres en el periodo premenopáusico. Varios estudios confirman la estrecha relación entre el ictus y la HTA. Otros autores, además, hablan de la prevalencia de FA elevada en mujeres post-menopáusicas y cómo esto les afecta directamente ante el riesgo de un ACV, pues se reconoce que la mortalidad en mujeres con FA por ictus es mayor que en hombres, así como la discapacidad física y el déficit neurológico tras el alta hospitalaria (23, 27, 28).

- ***Diferencias de género en el conocimiento sobre factores de riesgo del ictus***

Ciertos autores refieren que el nivel de educación influye directamente en el conocimiento sobre esta patología (25). Muchos autores están de acuerdo en que el conocimiento o conciencia pública del ictus es significativamente pobre entre la población general, aunque, se informa de que es mejor entre mujeres que hombres, ya que estas tienden a conocer mejor los signos de alarma y los factores de riesgo (15, 16, 22, 25, 29). Se ha evidenciado que las mujeres expresan más pensamientos negativos sobre esta enfermedad porque con frecuencia perciben su estado de salud como peor

que el de los hombres, por lo que están más preparadas para hablar de ello, mientras que los hombres tienden a sobrevalorar su estado de salud.

Por otro lado, varios autores expresan que mujeres son conscientes de que las posibilidades de sufrir un ictus son mayores que en los hombres a causa de su elevada esperanza de vida (15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24). Además, tras la menopausia, el género femenino se enfrenta a factores de riesgo como la obesidad, la migraña con aura, diabetes mellitus, HTA, FA, depresión, sedentarismo y un elevado estrés psicosocial (11, 15, 18, 20, 22, 27). A pesar de la evidencia del mayor conocimiento sobre el riesgo de ictus en las mujeres, se puede percibir que la mayoría en el periodo del climaterio son descuidadas con respecto a su salud, predominando hábitos de vida inadecuados. Una causa de esa falta de cuidados puede deberse a que las mujeres desconocen que los factores de riesgo de ECV se agravan con el cambio hormonal presente tras la menopausia (26). Por otra parte, existen estudios que demuestran que la tendencia de las mujeres a reconocer las señales de advertencia de esta enfermedad más que los hombres podría atribuirse a su mayor interés en la salud. En este sentido, diversas investigaciones evidencian el uso frecuente de las mujeres de los servicios de salud a causa del aumento de conciencia de sus necesidades y de atención médica preventiva (15, 17, 19, 20, 25, 26, 27).

Otro tema remarcado por varios autores es que existen estudios limitados que demuestran que el nivel de conocimiento y la conciencia de los signos y síntomas son más bajos en las mujeres de raza negra. Esto se ha relacionado directamente con su menor nivel socioeconómico y educativo (16, 23, 25, 28, 29, 30).

Muchos autores están de acuerdo en que ambos géneros reconocen como signos y síntomas de ictus debilidad repentina de un lado del cuerpo, confusión repentina, habla perturbada, pérdida de equilibrio o coordinación, mareos, problemas de visión espontáneos y dolor de cabeza intenso y súbito (16, 17, 20, 25, 31), además, también se evidencia que tanto hombres como mujeres reconocen que si tienen algún antecedente familiar de ACV, se mantienen más alerta y realizan una prevención minuciosa de los factores de riesgo de ictus (26).

- *Diferencias de género en prevención y tratamiento del ictus*

La conciencia y el conocimiento de los pacientes, de familiares y del público en general son esenciales para poder llevar a cabo una prevención e iniciación de tratamiento

efectivo inmediato del ACV (15). Muchos estudios apoyan que el conocimiento de signos, síntomas y factores de riesgo de ACV es mayor en mujeres en la población general, (15, 16, 22, 25, 29). Cabe nombrar que ciertos autores refieren que en algunos de los estudios realizados en España los hombres han tenido mejor conocimiento de las señales de advertencia que las mujeres (22).

Algunos autores remarcan que el tratamiento de ACV comienza con la llamada a los servicios de emergencia cuando se padecen síntomas de advertencia (16). En diversos estudios se reconoce que el 89% de las mujeres en comparación con el 86% de los hombres conocían que ante la aparición de síntomas se debe llamar a los servicios de emergencias, ya que sabían que ello ayuda a la prevención y acelera un acceso a tratamiento de ACV (29). Sin embargo, otros autores observan que más hombres que mujeres conocen que deben llamar a emergencias frente a síntomas de un ictus (23).

Un aspecto importante es que los dos géneros presentan diferencias fisiopatológicas ante un ACV, y estas deben tenerse en cuenta para la prevención, diagnóstico, tratamiento y planificación de cuidados (16).

Es evidente que los ACV están muy relacionados con la presencia de factores de riesgo cardiovascular, es por ello por lo que es importante la disminución, tanto en varones como mujeres, de aquellos factores modificables mediante el cambio de algunos hábitos de vida como la alimentación, la práctica de ejercicio físico regular, el mantenimiento de un nivel lipídico adecuado, el cese de consumo de tabaco y de alcohol, la disminución de peso para evitar obesidad, la reducción de HTA, etc. Además, varones y mujeres deberían ser informados específicamente de cuáles son los factores de riesgo que afectan más a uno u otro género. Por ejemplo, parece que la reducción del hábito tabáquico beneficia a las mujeres, ya que el consumo de tabaco está estrechamente relacionado con la HTA. Es ampliamente conocido que la coexistencia de múltiples factores de riesgo aumenta las probabilidades de padecer un ACV tanto en hombres como en mujeres (15, 16, 17, 18, 25, 26, 28, 31, 32). La FA es la arritmia más común y un factor de riesgo importante para ictus presente en más mujeres que hombres. Por ello, la identificación y tratamiento de esta arritmia, posiblemente ayudaría a la prevención de ictus en la mujer (17, 20, 24, 27).

Existen numerosos estudios que han demostrado que las mujeres tienen mayor probabilidad de retrasar la búsqueda de hospitalización y/o tratamiento para el ACV

frente a los hombres, principalmente porque son más mayores en el momento en el que sufren un ACV y tienen una probabilidad elevada de vivir solas. Además, ese retraso es debido la mayoría de las veces por no reconocer la importancia de los síntomas y por ignorar la amenaza de enfermedad cerebrovascular (17, 18, 20, 23, 24, 25, 29, 31). Entre los factores que limitan la búsqueda de ayuda sanitaria están el estado socioeconómico, la ubicación geográfica, la raza y la etnia. Por otro lado, las diferencias de género en la demora de búsqueda hospitalaria pueden ser un factor que contribuye a las discrepancias en el tratamiento del ictus (18). Se conoce que entre las respuestas de las mujeres a los síntomas de un ACV se encuentran el reposo, la automedicación, continuar con las actividades habituales, ocultar los síntomas o mantener una actitud de "esperar y ver" y, la mayoría de veces, la búsqueda hospitalaria puede ser la última opción (31).

Diversos estudios aclaran que la prevención es la herramienta más útil para concienciar a las mujeres de que son necesarios cambios en el estilo de vida, sobre todo en la menopausia. Un tema que debe tenerse en cuenta para la prevención en este género, está compuesto por los antecedentes ginecológicos que presenta cada mujer, para así poder evaluar su riesgo de ACV (26). Entre esos antecedentes se deben tener en cuenta los embarazos con diabetes gestacional (que aumenta el riesgo de por vida de diabetes e ictus), el haber padecido preeclampsia o HTA gestacional, eclampsia, intervenciones quirúrgicas que afecten al aparato reproductor femenino (18, 28), así como angiopatía cerebral posparto, miocardiopatía periparto y émbolos cerebrales relacionados con el embarazo (28). Algunos autores hablan de cómo en el ámbito sanitario se debería considerar el sexo femenino como un factor de riesgo para ACV, sobretodo en la menopausia, debido al gran cambio hormonal que sufren (17, 20).

Existe gran controversia respecto a la terapia hormonal sustitutiva (THS). Aunque existen algunos estudios que confirman la protección cardiovascular de las mujeres tratadas con estrógenos exógenos (26), sin embargo, varios autores refieren existe insuficiente evidencia y que el reemplazo de estrógenos podría aumentar el riesgo de complicaciones de la enfermedad vascular, además de existir algunas contraindicaciones, como por ejemplo en mujeres que padecen migraña con aura. En este sentido, hay autores que evidencian que la THS en prevención primaria o secundaria no mostró beneficio preventivo en la reducción de ACV isquémico e incluso sugieren que puede aumentar el riesgo de eventos cerebrovasculares (28).

Entre la medicación actual existente para prevenir el ictus, cuando se tienen factores de riesgo de ECV, se encuentran los anticoagulantes (por ejemplo la warfarina) (31), los antiplaquetarios (como la aspirina) (28) o las estatinas (20). En relación con las posibles diferencias de género en la respuesta a estos tratamientos, algunos autores aclaran que las mujeres pueden responder de manera diferente a la terapia con aspirina que los hombres, al menos en la prevención primaria, ya que pueden beneficiarse de la aspirina para la prevención de un primer ACV, y este efecto no es tan eficaz en los hombres (28).

Algunos autores afirman que dadas las diferencias entre hombres y mujeres en factores de riesgo de ACV y en edad de presentación, los objetivos no deben ir dirigidos a un tratamiento idéntico para mujeres y hombres, sino a uno óptimo para cada individuo según su estado clínico (30). Por otro lado, algunos estudios reflejan algunas discriminaciones de género en el uso ciertos tratamientos específicos de ACV. Así, existe una extensa literatura que demuestra las diferencias de género en el uso intravenoso del activador tisular del plasminógeno (IV t-PA), teniendo las mujeres menos probabilidades de recibir IV tPA tras un ACV (15, 18, 19, 20, 24, 28). Una de las causas podría ser la existencia de diferencias de género en la eficacia de la trombólisis a causa de ciertos componentes de la coagulación que difieren entre varones y mujeres (19, 20, 28). También existen estudios que muestran que las mujeres son menos propensas que los hombres a ser sometidas a pruebas de diagnóstico o a recibir intervenciones en una unidad de cuidados intensivos, no tienen tanto acceso a procedimientos de revascularización, a pruebas de disfagia, a admisión en unidades de ictus o en consultas (de neurología, fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje, y nutrición) (32).

- ***Diferencias de género en el impacto biopsicosocial tras sufrir un ictus***

Varios estudios establecen que hay poca información sobre las diferencias de género en los sentimientos sobre el ACV en la población general, ya que es un tema que rara vez se ha investigado entre los supervivientes de esta enfermedad. Los pocos estudios al respecto indican que los principales sentimientos expresados por ambos sexos son, por un lado, el miedo tanto a la muerte como a la discapacidad (esta última se asocia con soledad y abandono por parte de sus seres queridos) y, por otro lado, la preocupación por la supervivencia, y la auto-culpabilidad. Este último sentimiento se debe a que ambos sexos consideran que no han mantenido un estilo de vida saludable que podría

haberles evitado un ACV, mediante el abandono del tabaquismo, la prevención de la obesidad, el mantenimiento de hábitos alimentarios adecuados y la realización de actividad física suficiente (25).

En todos los documentos que han sido elegidos para esta revisión narrativa y, específicamente, en aquellos que hablan del impacto del ictus en el género, todos los autores coinciden en que la severidad de esta enfermedad es más alta en las mujeres y los resultados funcionales de las mismas son peores, lo cual conlleva a una mayor dependencia en sus actividades de la vida diaria y a una menor calidad de vida. Se ha encontrado que las mujeres presentan tasas más altas de depresión, demencia y epilepsia. Por otro lado, se ha descrito que las mujeres tienen significativamente menos probabilidades de padecer parestesia, ataxia o disartria frente a los hombres, pero comúnmente presentan debilidad, cambio de estado mental, disfagia y pérdida de conciencia, lo cual conlleva a una alta probabilidad de ser enviadas a centros de mayores en el momento del alta después de un ictus, además también tienen tasas más bajas de supervivencia (15, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 33). Algunos autores señalan que las mujeres que padecen un ACV tienen una hospitalización más prolongada y una peor recuperación tres meses después del alta, con más dificultad para conseguir su independencia funcional (15, 20, 28).

Queda señalado que ambos géneros describen el ACV como enfermedad terminal e irreversible que conlleva a la muerte y que padecen miedo de caídas, miedo al estigma social, miedo a salir después de salir de un ACV, así como miedo a morir, miedo a estar inmóvil, así como sentimientos de culpa por las molestias que están causando a su familia. Otros temas de preocupación son algunos como la calidad de vida que pueden tener, si habría recidiva, si lograrían volver a su rutina, si su familia tendría mucha carga de trabajo o si podrían realizar las mismas actividades que antes del evento cerebrovascular (21, 25).

En lo que hace referencia al género femenino, exclusivamente, varios estudios señalan que existe el miedo a dañar su imagen corporal, mucho más que en el género masculino, dado a que sienten una alteración de su feminidad. Para ellas el temor de perder el control de las expresiones corporales y faciales es un tema muy presente, como también lo es el miedo a la dependencia de los demás (19, 25, 32). Es conocido que las mujeres presentan una preocupación por molestar a sus familiares al informar síntomas y

preocupaciones referentes al ictus (18) y que este hecho las perjudica característicamente, pues existen afirmaciones de algunos autores que muestran que aquellas mujeres que han llegado al hospital después de 3 horas tras sufrir la sintomatología sufrieron muchas más consecuencias disfuncionales (31).

Algunos autores identifican que los trastornos alimentarios son más prevalentes en las mujeres, y que el proceso de recuperación de los mismos es mayor que en el caso de los hombres. Varios estudios muestran que ambos géneros compartieron la experiencia del cambio en las funciones corporales, la dificultad de la rehabilitación, el hecho de no ser capaces de confiar en su cuerpo, la tristeza y la ansiedad. Pero, sin duda, lo que más preocupaba a las mujeres estaba directamente vinculado a sus hogares, es decir, al hecho de no ser capaces de realizar el mantenimiento de su casa y no poder colaborar con y para los demás miembros familiares, y a los hombres, sin embargo, lo que más les preocupaba estaba enfocado a las actividades fuera del hogar, relacionadas con su tiempo libre y también a no poder ejercer el papel de protector de su hogar (19, 32).

En cuanto a la actitud, también existe una diferencia entre géneros. Por ejemplo, en el estudio de Andersson y Hansebo las mujeres participantes tendieron a aceptar que los diversos profesionales deben tomar las decisiones sobre su cuidado, dado a su escasez de conocimiento sobre ACV, tratamiento y rehabilitación. En cambio, los participantes masculinos no pidieron ser parte del proceso de rehabilitación, no expresaron sus sentimientos y no marcaron objetivos específicos de recuperación, además su vulnerabilidad ante el hecho de tener que ser cuidados fue muy notoria (19).

Ciertos estudios mostraron que los supervivientes a un ACV, independientemente del sexo, sufren cambios físicos, psicológicos y sociales, sentimientos de crisis y pérdida. También describen experiencias de catástrofes personales y una larga lucha para comprender el impacto de estos cambios y aceptar el cambio permanente de vida. Existen pocas investigaciones en cuanto al impacto a largo plazo del ACV en la mujer. Este abarca cinco aspectos esenciales: 1) luchar contra la discapacidad y mantener la voluntad de sobrevivir, 2) el esfuerzo por recuperar la capacidad para llevar a cabo las actividades necesarias y valiosas para su persona, 3) lograr un equilibrio entre atender las necesidades de los demás y atender las crecientes necesidades personales, 4) intentar mantener el control de los valores femeninos aceptando ayuda, y 5) conseguir la igualdad de género en las intervenciones tras sufrir un ictus.

Uno de los aspectos a destacar es que el género femenino ve como un gran desafío el volver a aprender las actividades básicas de la vida diaria, las cuales han realizado automáticamente durante años. Para estas mujeres, el hecho de sobrevivir a un ACV está relacionado con una vida perdida y con un gran esfuerzo debido a su rol de cuidadoras en la sociedad (32).

- ***Diferencias de género en el rol de cuidador del cónyuge afectado por el ictus***

La enfermedad representa un evento de crisis aguda, inesperado e impredecible, en el que debe haber un proceso de adaptación (34). Esta adaptación es muy diferente en función del género, ya que las mujeres y los hombres tienden a tener diferentes roles en el hogar y en público, lo cual causa diferentes experiencias de vida frente a una enfermedad. Esto es importante tenerlo siempre en cuenta porque puede tener amplias repercusiones tanto para el cuidado como para la rehabilitación de una persona afectada por un ictus (33).

El desafío de cuidar para los hombres es diferente que para las mujeres. Este hecho es a causa del cambio de roles, pues el hombre pasa de ser "proveedor de materiales" a ser "cuidador principal". El género masculino sufre cambios en su comportamiento, limitaciones en su estilo de vida, alto estrés, tensión en todo el proceso de rehabilitación, además de buscar más apoyo profesional y tener necesidades mayores de soporte. Sin embargo, algunos autores mantienen que el género masculino se encuentra cada vez más involucrado en el cuidado de todos aquellos miembros familiares dependientes. Se defiende que los hombres asumen un primer papel como cuidadores en el momento en el que afrontan la paternidad, y que, por esto, puede haber una relación positiva entre experiencias de cuidado, además de una preparación futura para brindar cuidados a sus cónyuges. Sin embargo, los autores clarifican que no existen datos empíricos que confirman esta tesis. El hecho de no estar acostumbrados a tener tanta responsabilidad en actividades dedicadas al cuidado, como son la movilidad, el aseo, el cuidado de integridad cutánea, la administración de medicación, sumado a todos los quehaceres domésticos supone un cambio muy drástico, una reorientación personal, y un proceso de adaptación prolongado. Por todo esto, se ha visto que los hombres tienen necesidad de recibir información sobre el proceso de enfermedad para poder controlar la situación y mejorar sus habilidades de afrontamiento, es decir, es muy importante todo apoyo social y familiar que puedan recibir (21, 34).

Autores como Pierce y Steiner también muestran en sus hallazgos que los hombres, en la actualidad, comienzan a explorar la compleja experiencia de cuidar a mujeres que han sufrido un ACV. Su estudio demuestra que uno de tres cuidadores son hombres. Hablan de sentimientos experimentados por el género masculino frente a ese cambio de rol y de responsabilidad, en el cual, estuvieron presentes emociones de ira, culpa, pena, pérdida de control, impotencia, ansiedad, vulnerabilidad y miedo al futuro. En el caso de este estudio, se consiguió una evidencia escasa sobre la mayor demanda de servicios de enfermería por parte de los hombres afectados. Se habla también de la depresión y ansiedad que sufrieron estos varones al tener redirigir todas sus actividades cotidianas al cuidado de su cónyuge. Sin embargo, un aspecto positivo que realzan es que el género masculino se siente aliviado compartiendo su experiencia en grupo o acudiendo a la consulta de enfermería para adquirir información sobre el cuidado de su esposa y que, el ACV en sus cónyuges fomentó lazos con todos miembros familiares (35).

En cuanto al género femenino, este tiene en su naturaleza innata la preocupación por los demás y es expresada de manera más común que los hombres, aún más cuando se trata de los miembros de su familia, ya que el ACV causa un impacto emocional, físico y financiero significativo. En diversos estudios se demuestra que cuando un ictus toca a algún sujeto del sistema familiar provoca un cambio en el estilo de vida de todos los componentes de dicho sistema, porque es en ese momento cuando todo se centra en el enfermo. Cuando esto ocurre, la mujer siempre prefiere asumir la responsabilidad de cuidado de su familia, normalmente debido a la aceptación de ese rol de cuidador por parte de este género y, además, a la tendencia de asimilarlo como una parte integral de su existencia mientras que la mayoría de hombres se identifica menos con este rol (19, 25, 33).

Muchos estudios explican el papel actual de la mujer en nuestro contexto social donde, desde hace décadas, mantiene su lucha por los derechos iguales y conforma un pilar básico en el mercado laboral, asumiendo cada vez más el papel de generadora de recursos financieros para el sostén familiar. Además, a pesar de su actual papel financiero, el género femenino también asume su papel innato de madre y cuidadora del hogar, teniendo una enorme “carga social”. Por otro lado, teniendo en cuenta el papel de la mujer, el hecho de pasar por una etapa tan difícil como lo es el climaterio, genera en ellas un gran impacto, donde todos sus papeles se ven comprometidos y más si en algún momento sufren una enfermedad grave y discapacitante, como el ictus, que puede

afectar su independencia (18, 26). Existen estudios como el de Kvigne, Kirkevold, Gjengedal sobre la lucha del género femenino para preservar la continuidad de su vida tras un ictus. En el caso de las mujeres de este estudio, muchas de ellas luchaban por mantener su rol de ama de casa, aunque la mayoría tuvo que renunciar a ello debido a su discapacidad funcional. En muchos casos, acudieron a solicitar apoyo social (32).

Teniendo en cuenta la esperanza de vida de las mujeres, el mayor número de personas que sufrirán las secuelas de un ictus pertenecerán a este género (31). Varios autores defienden que las mujeres luchan para mantener sus roles femeninos y todas sus responsabilidades tras sufrir un ictus. Ese foco de lucha está relacionado con roles valiosos estrechamente vinculados a su identidad como madres, esposas, abuelas y amas de casa. Este género siempre tiene en mente que las tareas domésticas, el cuidado de la familia y crianza de hijos porque es característico de su naturaleza y también debido a que tienen una asociación innata de cuidado por la cual son las encargadas de atender a los enfermos. Otros autores, enuncian que cuando una mujer sufre un ACV, tanto la enfermedad como la recuperación producen una alteración considerable en toda la familia (20).

- ***Papel de enfermería en prevención, detección y tratamiento del ictus***

Varios autores hablan de cuán importante es la educación para la salud por parte de enfermería en ambos géneros para una correcta identificación de aquellos síntomas de advertencia y factores de riesgo de un ACV. Para ello, es necesario, por nuestra parte, tener en cuenta las diferencias específicas de género en los factores de riesgo del ictus, así como la raza, edad, los sentimientos y creencias sobre esta enfermedad y el nivel de educación de cada subgrupo de población con respecto a este tema. Nuestro tema principal de abordar es el conocimiento, porque supone la principal herramienta de la población para realizar una modificación de todos esos factores de riesgo y para reconocer esas señales de advertencia (25).

Se destaca la importancia de que los profesionales de enfermería desarrollemos habilidades de comunicación y realicemos una adaptación de esa información preventiva, de manera que logremos, mediante la individualización de cada paciente, que los distintos géneros logren entender las actividades encaminadas a prevenir un ACV, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas. (25, 28). Otra afirmación que recalcan ciertos autores es que todas nuestras intervenciones deben ir encaminadas a la

prevención, tanto primaria como secundaria, del ACV, dado a la prevalencia actual de factores de riesgo entre géneros. Esta prevención se basa en lograr la modificación de aquellos comportamientos no saludables de la población en general y, sobretudo, en aquellos pacientes con factores de riesgo de ACV, teniendo en cuenta los factores de riesgo específicos de género y los síntomas y señales de advertencia de ACV reconocido por cada género (25,26). Esa prevención se debe iniciar con un estilo de vida saludable, por lo que es importante que los pacientes sepan qué es una dieta saludable en lo relativo al colesterol, el sodio y las calorías. Nuestro trabajo profesional se encaminará a ayudar a nuestros pacientes a que entiendan que los cambios en el estilo de vida pueden reducir en un 50% o más el riesgo de esta patología, y a crear conciencia de que la eliminación de los factores de riesgo modificables, como el consumo de tabaco y la obesidad abdominal, puede disminuir dicho riesgo hasta en un 80% (17, 20).

Otro aspecto destacado es la necesidad por parte del personal de enfermería de aumentar nuestra conciencia y conocimiento sobre las similitudes y diferencias de género tanto en sus experiencias y como en sus necesidades. También se deben evitar los prejuicios sociales erróneos que describen a la mujer como pacientes malhumorados, que consumen más tiempo, y cuyos síntomas son exagerados (19, 28). Existe evidencia de que muchos enfermeros y enfermeras se desconciertan cuando se les pregunta del tema de género en el cuidado, debido a que tienen una visión estereotipada de género inconsciente (33).

Todos los autores de los documentos seleccionados en esta revisión bibliográfica que tratan el tema del ictus en la mujer y el papel de enfermería, están de acuerdo en que se tiene que tener en cuenta que los periodos de la menopausia y post-menopausia representan fases muy delicadas en la vida de una mujer. Además, los datos avalan que la incidencia del ACV es mayor en las mujeres en esta etapa, por lo que es esencial que los profesionales de salud les brindemos más atención, principalmente los profesionales de enfermería. Uno de los aspectos en los que Enfermería juega un papel muy importante es en el de la educación para la salud, pues sólo mediante ella se conseguirá el control de los factores de riesgo de ECV y se reducirá el impacto del ictus en ambos géneros.

Además, es necesario mantener presente que, debido al rol jugado por las mujeres en la sociedad, la asistencia social y la atención a la salud en este grupo merecen especial

consideración (17, 19, 20, 25, 26, 28). Diversos autores están de acuerdo en que como profesionales de enfermería, estamos obligados a educar a las mujeres respecto a cómo pueden protegerse a sí mismas. Recuerdan que es importante señalarles que la sintomatología del ACV aparece de manera súbita y que cualquier persona que experimente uno o más síntomas de este tipo tiene que actuar de inmediato (16, 17, 20).

La información brindada a mujeres debe clarificar que existen factores de riesgo específicos de ACV en ellas y, además, tiene que ser proporcionada por un equipo multidisciplinar. Así, quedó claro que la atención primaria ejerce un papel importante en la entrega de volantes o folletos con información de estilos de vida saludable en ambos sexos (aunque las mujeres valoraban más su entrega), y en la realización de talleres educativos sobre programas de detección y prevención del ictus (23, 25). También se reconoce la necesidad de creación de campañas educativas específicas de género para mejorar la conciencia y conocimiento de las personas sobre enfermedades muy prevalentes y con gran impacto, como el ictus (16, 22). Y, además, también existe evidencia del papel que tienen los medios de comunicación, como televisión y radio, pueden llegar a ser herramientas educativas de aquellos riesgos específicos de ACV. (23).

Otro aspecto encontrado es la importancia y necesidad de la correcta formación de enfermeras en neurociencias, especializadas en prevención primaria y secundaria de esta enfermedad, siempre teniendo en cuenta las diferencias de género, sin embargo, esto es una utopía, pues ese papel de enfermería especializada en ACV no existe en la actualidad (25). Un tema abordado en ciertos trabajos es la necesidad de tener mayor conocimiento sobre el efecto de las hormonas sexuales sobre el riesgo de esta patología por parte de los profesionales de la salud, lo cual ayudará en la toma de las decisiones apropiadas en caso de presencia de riesgo de ictus (18).

Ciertos estudios muestran la necesidad de orientación y acompañamiento de las mujeres en periodo post-menopáusico, con el fin de lograr medidas de prevención y control de los factores de riesgo modificables y un cumplimiento de la terapia farmacológica para la HTA, diabetes e incluso, en algunos casos indicados, la THS. Sin embargo, varios autores expresan que los servicios de salud son carentes en programas que traten al género femenino específicamente, lo cual dificulta la obtención de resultados positivos (26).

Otra temática que se recoge en trabajos de varios autores es el impacto de las intervenciones de los profesionales de enfermería en el seguimiento de los cuidadores de cónyuges que han sufrido un ACV. Por eso, dejan claro que la enfermería juega un papel esencial en la educación de los cuidadores y en el reconocimiento de todas sus necesidades (34). Este papel del enfermero o enfermera, es particularmente relevante en el caso de cónyuges varones que deben cuidar a una mujer con ictus, ya que ello supone un desafío y un cambio de vida que puede conllevar a depresión, estrés y puede perjudicar directamente a la persona que necesita el cuidado.

Autores como Jamieson y Skliut recalcan el papel de enfermería en el soporte y recuperación de funciones corporales tanto para hombres como para mujeres y la labor de promoción de participación de los mismos en todo el proceso mediante el establecimiento de objetivos específicos. En su estudio, las percepciones de ambos géneros sobre el rol de la enfermería en rehabilitación post ictus fue considerada positiva, esencial, y se señaló el beneficio del vínculo de confianza que la enfermera creaba con sus pacientes en todo el proceso (28). Asimismo, otros autores marcan la importancia del apoyo profesional para las mujeres en el proceso de reconquista de sus roles para así, asegurar la recuperación de una vida significativa (32), y remarcan que los profesionales de enfermería proporcionan cuidado y mantenimiento para asegurar las necesidades físicas básicas, promueven el bienestar físico y previenen complicaciones, facilitando la recuperación personal, promoviendo siempre la independencia, ayudando a los pacientes a integrarse en la sociedad, y creando y manteniendo un entorno para la rehabilitación. Además, hay constancia de que enfermería consuela tanto al paciente como a la familia y los ayuda a interpretar y aceptar los cambios de vida, proporciona asesoramiento, información y apoyo (33).

Madsen, Baird, Silver, Gjelsvik son autores que relatan cómo hace falta explorar intervenciones educativas dirigidas a grupos vulnerables. Por ejemplo, en su estudio estos programas deben ir dirigidos a mujeres hispanas y mujeres de raza negra para disminuir la incidencia de ictus en ellas. Es decir, concluyen que la educación profesional debe dirigirse a grupos demográficos específicos con menor nivel educativo y socioeconómico (29).

TABLA DE RESULTADOS

Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa

Nombre del artículo	Autores	Lugar y año	Diseño del estudio	Muestra	Principales hallazgos
Gender differences in feelings and knowledge about stroke	K Itzhaki M., Melnikov S., Koton S.	Reino Unido, 2016	Estudio transversal de método mixto	177 participantes 79 hombres (44,6%) y 98 mujeres (55,4%)	Mediante este estudio se muestra que el conocimiento del ictus es pobre entre ambos géneros. Existen sentimientos comunes expresados por hombres y mujeres. Se recoge que es necesario un papel de liderazgo por parte de las enfermeras para una correcta educación en prevención de esta enfermedad.
Gender Differences in Neurologic Emergencies Part I: A Consensus Summary and Research Agenda on Cerebrovascular Disease	Madsen TE, Seigel TA, Mackenzie RS, Marcolini EG, Wira CR, Healy ME, et al.	Estados Unidos, 2014	Revisión literaria + consenso mediante técnica de grupo nominal		Para una mejora de atención en pacientes que sufren un ACV es necesario el conocimiento de las diferencias basadas en sexo y género. Para ello debe realizarse investigaciones que incluyan datos específicos de estas diferencias, para así optimizar el diagnóstico, tratamiento y resultados en la actuación frente a hombres y mujeres con emergencias cerebrovasculares.

Women's interpretation of and cognitive and behavioral responses to the symptoms of acute ischemic stroke	Beal CC.	Estados Unidos, 2014	Estudio longitudinal comparativo descriptivo	80 mujeres mayores de edad con diagnóstico ictus isquémico	Este estudio demuestra que el conocimiento sobre síntomas y/o tratamiento del ACV es limitado, y sólo una minoría del género femenino sabe que sufre riesgo de padecer uno a pesar de tener la presencia de factores de riesgo. Se analiza la interpretación de las mujeres ante los síntomas de un ictus, y se reconoce la importancia del tiempo transcurrido desde que se manifiestan los síntomas hasta la llegada a los servicios de emergencia.
Men as caregivers for their wives – two phenomenological studies of experiences of male primary caregivers in home arrangements. Part 1: men as caregivers for their wives after stroke	Dorschner S, Bauernschmidt D.	Alemania, 2014	Entrevistas narrativas de enfoque fenomenológico-interpretativo	10 hombres	Debido a la elevada responsabilidad en aquellos hombres que ejercen un papel vital en el cuidado de sus mujeres tras sufrir un ictus, es muy importante el papel de las enfermeras en la atención al cuidado de los mismos. Por esto, se necesita saber cómo experimentan los maridos esta situación y cómo reorganizan su vida cotidiana mediante nuevos enfoques e investigación.

Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective	Andersson A., Hansebo G.	Reino Unido, 2009	Estudio cualitativo	5 mujeres y 5 hombres entre 66 y 75 años de edad	Este estudio pretende conocer las experiencias de las personas mayores sobre la atención de enfermería después de un ACV, desde una perspectiva de género. Las enfermeras deben de reconocer y trabajar las diferencias de género en las formas en que los pacientes experimentan el cuidado. Los resultados van a estar vinculados al tipo de vida, como mujer u hombre, antes de que sufrir el ACV.
Gender and stroke: acute phase treatment and prevention	Sacco S, Cerone D, Carolei A.	Italia, 2015	Revisión narrativa		Se estudia el impacto del ACV, así como las similitudes entre género masculino y femenino y también ciertas diferencias específicas, como por ejemplo en el tratamiento. Otro tema de importancia elevada es el uso de terapia hormonal en mujeres posmenopáusicas y la acción de la aspirina como prevención en ambos géneros.
Fighting back--struggling to continue life and preserve the self following a stroke	Kvigne K., Kirkevold M., Gjengedal E.	Estados Unidos, 2002	Estudio fenomenológico longitudinal	25 mujeres	Se deben explorar las experiencias que viven las mujeres tras un ACV pues su lucha está muy relacionada con su identidad social como madres, esposas, abuelas y amas de casa. Se requiere de una participación constante, activa y especial del equipo sanitario para brindar ayuda a estas mujeres.

Long-term life changes and stress sequelae for spouses of stroke patients	Jungbauer J., Von cramon DY., Wilz G.	Alemania, 2003	Entrevistas con cuestionarios estandarizados y entrevistas cualitativas	26 cónyuges de pacientes con ictus	Mediante este estudio se analiza el efecto a largo plazo de un ACV en la calidad de vida y la salud de los cónyuges de los pacientes. Dado a que la situación puede generar una carga crónica se necesitan ofertas de apoyo y asesoramiento tanto en las etapas agudas como en las posteriores a la hospitalización por ictus.
Gender differences in Stroke care and outcomes in Ontario	Kapral, MK.; Degani, N.; Hall, R.; Fang, J.; Saposnik, G.; Richards, J. et al.	Canadá, 2011	Estudio longitudinal comparativo	Muestra aleatoria del 20% de población con ictus. 4,046 pacientes (51% mujeres)	Se analizan las diferencias entre géneros en realización de pruebas y terapia. Se necesitará mayor investigación para encontrar las causas y las posibles soluciones de esta situación. También se explora la eficacia de la existencia de una estrategia provincial organizada de atención al ictus.
Gender considerations in stroke management	Jamieson DG, Skliut M.	Estados Unidos, 2009	Revisión narrativa		Se deben conocer los aspectos del ACV que son relevantes para el género femenino. Este documento trata las diferencias relacionadas con el sexo en el ACV entre hombres y mujeres. En mujeres, el motivo es atribuido a los cambios hormonales, a diversos factores de riesgo de ACV, estilos de vida específicos, y condiciones comórbidas. Los resultados en las mujeres tras un ictus son peores.

Evaluación de los factores de riesgo para enfermedad cerebro-vascular en mujeres en el periodo de la menopausia	Silva Lemos, AC., de Ciero Miranda, M., Amaral, MC., de Figueiredo Carvalho, ZM.	Brasil, 2009	Estudio cuantitativo transversal de carácter exploratorio y descriptivo	40 mujeres de entre 55 y 65 años	En este estudio se investigan los factores de riesgo más frecuentes que pueden producir un ACV en mujeres post-menopáusicas. También trata sobre identificar el conocimiento de las mujeres y la prevención ante esta enfermedad.
El ictus en las mujeres: perspectiva de género en el ictus cardioembólico secundario a fibrilación auricular	Peñalver Pérez, F., López Barrio, MJ., Marín López, T., Saorín Marín, D.	Murcia, 2015	Estudio descriptivo Observacional	210 pacientes Con una edad media de 77,38±0,58 años. (59% mujeres)	En este estudio se estudia la diferencia en mortalidad por causa de ictus dependiendo de género, así como la discapacidad física y el déficit neurológico al alta hospitalaria. Se recuerdan los factores principales de riesgo, y la prevalencia según género.
What are male caregivers talking about?	Pierce, LL., Steiner, V.	Estados Unidos, 2004	Estudio analítico cualitativo	Muestra total de 224 sujetos. Submuestra utilizada de 5 hombres	La submuestra participó en este estudio durante 3 meses respondiendo preguntas de una entrevista y discutiendo entre los cuidadores mediante ciertos protocolos. Se demuestra que estos hombres intentan sobrellevar el cambio de su rol y la depresión y la irritabilidad de sus mujeres. Se explora la experiencia de los hombres que cuidan a las mujeres tras un ictus.
Analysis of Gender Differences in Knowledge of Stroke Warning Signs	Madsen TE, Baird KA, Silver B, Gjelsvik A.	Estados Unidos, 2005	Estudio transversal	132,604 participantes	Este estudio demuestra que el género femenino posee un conocimiento de los signos de ACV y también identifica algunos grupos de riesgo por falta de conocimiento, sugiriendo la necesidad de educación sobre ACV.

Knowledge of risk factors, and warning signs of stroke: a systematic review from a gender perspective	Stroebele N., Müller-Riemenschneider F., Nolte CH., Müller-Nordhorn J., Bockelbrink A., Willich SN.	Reino Unido, 2011	Revisión sistemática de la literatura	2158 referencias totales con 158 finalmente seleccionadas	Se realiza una revisión de la literatura existente sobre el conocimiento de los factores de riesgo de ACV y las señales de alarma según género.
Gender-specific differences in stroke knowledge, stroke risk perception and the effects of an educational multimedia campaign	Marx JJ, Klawitter B, Faldum A, Eicke BM, Haertle B, Dieterich M, et al.	Alemania, 2009	Estudio de cohorte longitudinal	Muestra inicial 282 mujeres y 225 hombres Muestra final 282 mujeres y 219 hombres	Este estudio evalúa el grado de conocimiento de factores de riesgo de ACV, además del interés mostrado ante campañas educativas e informativas sobre el tema dependiendo del género.
Gender differences in characteristics, management and outcome at discharge and three months after stroke in a national acute stroke registry	Koton S., Telman G., Kimiagar I., Tanne D., NASIS Investigators	Irlanda, 2013	Estudio longitudinal prospectivo	Primera muestra 5034 pacientes (45.4% mujeres) Segunda muestra 1040 (41.2% mujeres)	Las diferencias de género en los riesgos de muerte, discapacidad y dependencia después de un ACV se dan principalmente por las distinciones entre hombres y mujeres en cuanto a edad, factores de riesgo, estado funcional previo al ACV y severidad del mismo.
Gender differences in patients with acute ischemic stroke	Caso V, Paciaroni M, Agnelli G, Corea F, Ageno W, Alberti A., et al.	Italia, 2010	Estudio de cohorte prospectivo	1136 paciente (494 mujeres, 44%)	Este estudio evalúa la existencia de diferencias de género en presentación clínica del ictus, gestión, y resultados en una muestra grande de pacientes italianos.

Women and stroke knowledge: influence of age, race, residence location, and marital status	Ennen KA., Beamon ER.	Estados Unidos, 2012	Estudio descriptivo cuantitativo	97 mujeres	Este estudio intenta mostrar la demora en el reconocimiento y tratamiento de ACV en mujeres, así como exalta algunos factores de riesgo causantes de discapacidad y muerte. También se señala la necesidad de intervenciones educativas con objetivos específicos.
Reconocimiento y prevención del ACV en la mujer	Simmons S.	Estados Unidos, 2012	Folleto explicativo		Este trabajo se marca como objetivo proporcionar al profesional de enfermería información acerca del ictus en las mujeres, logrando analizar los factores de riesgo principales en este género, describir los signos y síntomas de las mujeres y explicar los pasos que deben seguir las mujeres para la prevención de esta patología.
The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses	Kvigne K, Kirkevold M, Gjengedal E.	Reino Unido, 2005	Estudio cualitativo longitudinal fenomenológico	14 enfermeras	Este estudio explora el impacto de la atención de enfermería y la rehabilitación de las mujeres que han sufrido un ACV, desde una perspectiva de enfermería. Se aclara cómo las enfermeras perciben la atención de estas mujeres y si influye directamente el género.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras la realización de esta revisión bibliográfica, queda claro que existen determinadas diferencias de sexo y género en la presentación, manejo e impacto biopsicosocial frente a un ictus.

La mayoría de autores resalta que las mujeres, en general, retrasan la asistencia a los servicios de urgencias ante síntomas de alarma, requieren un tiempo más largo de hospitalización y sufren de mayor discapacidad tras el ACV. Por lo tanto el papel de enfermería resulta imprescindible en la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de aquellos sujetos y familias afectados por un ACV. Además, existe la necesidad de que los profesionales de enfermería creamos una conciencia en el género femenino de su vulnerabilidad ante un ictus. Para ello son importantes todas las intervenciones dirigidas a reducir los riesgos, promover el reconocimiento tanto de factores de riesgo como de síntomas y educar en la actuación más adecuada ante estos.

Otro aspecto relevante, relacionado con diferencias de género tanto en conocimiento como en sentimientos frente a un ictus, es que esta enfermedad genera más impacto biopsicosocial en las mujeres ya que conlleva a una lucha estrechamente relacionada con el mantenimiento del rol de madre, esposa, abuela o ama de casa tras la pérdida de la independencia. Por tanto, los profesionales Enfermería, y el contexto sanitario en general, tenemos el deber de crear un abordaje específico encaminado a indagar en esas disparidades y admitir que el papel desempeñado por la mujer en la sociedad requiere un reconocimiento especial, y más cuando se trata de un ACV.

Nuestro apoyo emocional va a ser fundamental en la reconquista de valores y en la recuperación de una vida funcional y satisfactoria tras un ictus, además, en nuestra profesión, la familia tiene que ser tenida en cuenta para conseguir unos objetivos más satisfactorios ante el proceso. El hecho de que incluyamos a la familia en el plan de cuidados del paciente desde el principio, va a proporcionar la creación de vínculos emocionales fuertes con el personal de enfermería y con el paciente que pueden ayudar en su recuperación. Resolviendo todo esto, los resultados terapéuticos en hombres, y más en mujeres, podrían ser positivos.

Sin duda, la educación va a ser nuestro objetivo principal en la práctica asistencial, pues en el estilo de vida están muchos de los factores de riesgo que condicionan la aparición

de un ictus, situándose la principal prioridad para la prevención en ambos géneros, pero cierto es que en cuanto a las mujeres, va a hacer falta una educación de aquellos factores de riesgo inherentes a su naturaleza.

Para acabar con esta revisión bibliográfica se señalan las conclusiones más relevantes:

- Las tasas de mortalidad del ictus son más elevadas en mujeres mayores que en hombres. El motivo biológico se resume en la ausencia de estrógenos endógenos en las mujeres tras la menopausia. En los hombres la incidencia de esta patología se produce unos 10 años antes.
- Algunos factores de riesgo son diferentes en varones y mujeres. Las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir HTA y FA tras la menopausia.
- Existe mayor conocimiento en el género femenino sobre los factores de riesgo de ictus y sobre la elevada probabilidad de padecerlo frente al género masculino.
- La mayoría de mujeres en el periodo del climaterio son descuidadas con respecto a su salud incluso si existe buen grado de conocimiento de factores de riesgo.
- Las mujeres tienen mayor probabilidad de retrasar la búsqueda de hospitalización y/o tratamiento para el ACV frente a los hombres.
- Por lo general, las mujeres expresan más pensamientos negativos sobre la enfermedad y su experiencia. Están más preparadas para hablar de ello.
- La severidad de esta enfermedad es más alta en las mujeres y los resultados funcionales de las mismas son peores.
- El desafío de cuidar para los hombres es diferente que para las mujeres. Son las mujeres quienes tienen un papel “innato” como cuidadoras, sin embargo, el género masculino se encuentra cada vez más involucrado en el cuidado.
- Los profesionales de enfermería deben conocer las diferencias específicas de género en los factores de riesgo de ACV y dirigir las intervenciones hacia la prevención primaria y secundaria, consiguiendo la modificación de aquellos comportamientos no saludables de la población en general y, sobretodo, en aquellos pacientes con factores de riesgo de ACV.
- El apoyo emocional de parte de Enfermería va a ser fundamental, y la familia también tiene que ser tenida en cuenta en todo el proceso.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas en la realización de esta revisión bibliográfica se vieron claras desde el momento en el que se comenzó la elaboración de la metodología. Una de ellas fue la escasa existencia de estudios cuyo objetivo sea la evaluación de las diferencias de género frente a un ictus en aspectos como sentimientos, conocimiento o tratamiento, además de la evidencia de la insuficiente participación de mujeres en ensayos clínicos. Otra, fue la existencia de escasos documentos que reflejen la importancia de la enfermería en el problema del ictus, sobretodo en el género femenino. Y, por último, la existencia insuficiente de estudios que indaguen sobre el papel vital de la familia en el proceso de recuperación tras un ACV.

Fortalezas

Una de las fortalezas más importantes del trabajo realizado es que el tema seleccionado es conocido a nivel mundial, a pesar de las limitaciones, y que existe evidencia de que, en la actualidad, el ictus es una enfermedad que afecta a más mujeres que a hombres, quedando, además, claras las causas que conllevan a esta realidad. Además, este trabajo resalta el papel del personal de enfermería en la mejora de varios aspectos relacionados con esta enfermedad.

Recomendaciones para la práctica clínica

Dada la existencia de muchas cuestiones sin respuesta sobre las diferencias de sexo y género en las patologías cerebrovasculares como el ACV, nuestro cuidado enfermero debe tener en cuenta esas inequidades de género potenciales frente a factores de riesgo, presentación, manejo y pronóstico de ictus.

Líneas de investigación

La investigación futura debe centrarse en mejorar el nivel de conocimiento de hombres y mujeres sobre el ictus y sus síntomas. En concreto, se podrían realizar las siguientes actividades:

- Potenciar la investigación sobre las diferencias de sexo y género en epidemiología, diagnóstico, manejo y pronóstico del ACV.
- Aumentar el conocimiento de las diferencias de presentación de ictus entre varones y mujeres.

- Conocer en profundidad las razones que conducen a retrasos en la atención al ictus en la mujer. Implementar estrategias para reducir estas demoras hospitalarias y evitar sesgos en el tratamiento de las mujeres con ictus.
- Como remarcan Andersson y Hansebo, se deben estudiar aspectos relacionados con el género en cuanto a la participación de los pacientes en su autocuidado (6).
- Determinar si la implementación de sistemas de cuidado centrados en el ACV es efectiva para reducir las diferencias de género en la atención de esta enfermedad.
- Mejorar la formación del personal de enfermería sobre la ECV y el papel de las hormonas sexuales en su desarrollo.
- Fomentar programas de prevención llevados a cabo por el personal de enfermería y dirigidos a grupos de riesgo que incluyan explicaciones sencillas sobre el ictus, sus síntomas y cómo actuar.
- Fomentar la integración de la familia en todo el proceso de rehabilitación y cuidado de las personas que han sufrido un ictus.
- Luchar por el fomento de participación de mujeres en ensayos clínicos relacionados con el ictus en edad postmenopáusicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO | Cardiovascular diseases [Internet]. Copenhagen: OMS. 2018 [Consultado 10 enero 2018]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/cardiovascular-diseases2>
2. Fundación del corazón [Internet]. Madrid: FEC; [actualizado febrero 2015, citado 4 Febrero 2018]. Revisado por Fácila Rubio L. Insuficiencia cardiaca; [7 pantallas] Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>
3. OMS | Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Ginebra: OMS. 2018 [Citado 10 enero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
4. Banegas J, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España [Internet]. Rev Esp Cardiol Supl 2006;6(G):3-12.
5. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Donado Campos JM, Rodríguez Artalejo F. INFORME SEA 2007 [Internet]. Visto Bueno Equipo Creativo, S.L.; 2007.
6. Ictus Federación [Internet]. Barcelona: FEI; 2017 [citado 10 ene 2018]. Código Ictus; [7 pantallas]. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/infoictus/codigo-ictus>
7. Fundación Ictus [Internet]. Barcelona: Fundación Ictus; 2018 [citado 10 ene 2018]. Tipos de Ictus; [1 pantalla]. Disponible en: http://www.fundacioictus.com/?page_id=974&lang=es
8. Matias - Guiu J. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
9. Masjuan J, Alvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Plan de Atención Sanitaria al Ictus. Neurología. Diciembre 2006; 21(10):717-26.
10. Moon L et al. Stroke care in OECD countries: a comparison of treatment, costs and outcomes in 17 countries. Paris Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2003 (Health Working Papers No. 5, 2003).
11. A.H.E.M Maas, Y.E.A. Appelman. Gender differences in Coronary Heart disease. Neth Heart J 2010; 18:598-603.
12. Maric-Bilkan C, Gilbert EL, Ryan MJ. Impact of ovarian function on cardiovascular Health in Women: focus on hypertension. Int J Womens Health. Enero 2014;24; 6:131-139.
13. Ossewaarde ME, Bots ML, Verbeek AL, et al- Age at menopause, cause specific mortality and total life expectancy. Epidemiology. 2005; 16:556-62.
14. Sánchez PM. Infarto cerebral y género. Mente y cerebro. 2010; 41:65.
15. Koton S, Telman G, Kimiagar I, Tanne D; NASIS Investigators. Gender differences in characteristics, management and outcome at discharge and three months after stroke in a national acute stroke registry. International Journal of Cardiology. Octubre 2013;9; 168(4):4081-4.

16. Ennen KA., Beamon ER. Women and stroke knowledge: influence of age, race, residence location, and marital status. *Health Care for Women International*. 2012; 33(10):922-42.
17. Simmons, S. Reconocimiento y prevención del accidente cerebrovascular en la mujer *Nursing -Ed esp-*. 2012; 30(5):16-21.
18. Madsen TE, Seigel TA, Mackenzie RS, Marcolini EG, Wira CR, Healy ME, Wright DW, Gentile NT. Gender differences in neurologic emergencies part I: a consensus summary and research agenda on cerebrovascular disease. *Academic Emergency Medicine*. Diciembre 2014; 21(12):1403-13.
19. Andersson A, Hansebo G. Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing*. Octubre 2009; Vol 65(10):2038-2045.
20. Sacco S, Cerone D, Carolei A. Gender and stroke: acute phase treatment and prevention. *Functional Neurology*, Vol 24(1), Enero-Marzo 2009; 45-52.
21. Jungbauer J, von Cramon DY, Wilz G. Long-term life changes and stress sequelae for spouses of stroke patients]. *Nervenarzt, Alemania*. Diciembre 2003; 74(12):1110-7.
22. Stroebele N, Müller-Riemenschneider F, Nolte CH, Müller-Nordhorn J, Bockelbrink A, Willich SN. Knowledge of risk factors, and warning signs of stroke: a systematic review from a gender perspective. *Int J Stroke*. Febrero 2011; 6(1):60-6.
23. Marx JJ, Klawitter B, Faldum A, Eicke BM, Haertle B, Dieterich M, et al. Gender-specific differences in stroke knowledge, stroke risk perception and the effects of an educational multimedia campaign. *J Neurol*. Marzo 2010; 257(3):367-74.
24. Caso V, Paciaroni M, Agnelli G, Corea F, Ageno W, Alberti A, et al. Gender differences in patients with acute ischemic stroke. *Womens Health (Lond)*. Enero 2010; 6(1):51-7.
25. Itzhaki M, Melnikov S, Koton S. Gender differences in feelings and knowledge about stroke. *Journal of Clinical Nursing*. Octubre 2016; 25(19-20):2958-66.
26. Silva Lemos, AC., de Ciero Miranda, M., Amaral, MC., de Figueiredo Carvalho, ZM. Evaluación de los factores de riesgo para enfermedad cerebro-vascular en mujeres en el periodo de la menopausia. *Enfermería Integral*. Septiembre 2009; 87:16-25.
27. Peñalver Pérez, F., López Barrio, MJ., Marín López, T., Saorín Marín, D. El ictus en las mujeres: perspectiva de género en el ictus cardioembólico secundario a fibrilación auricular *Revista ENE Enfermería*. 2015; 9(2).
28. Jamieson DG, Skliut M. Gender considerations in stroke management. *Neurologist*. Mayo 2009; 15(3):132-41.
29. Madsen TE, Baird KA, Silver B, Gjelsvik A. Analysis of Gender Differences in Knowledge of Stroke Warning Signs. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. Julio 2015; 24(7):1540-7.

30. Kapral, MK.; Degani, N.; Hall, R.; Fang, J.; Saposnik, G.; Richards, J. et al. Gender differences in Stroke Care and Outcomes in Ontario. *Women's Health Issues*, Marzo 2011; 21(2): 171-176.
31. Beal, Claudia C. Women's interpretation of and cognitive and behavioral responses to the symptoms of acute ischemic stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, Octubre 2014. Vol 46(5): 256-266.
32. Kvigne K, Kirkevold M, Gjengedal E. Fighting back: Struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health Care for Women International*, Vol 25(4), Abril 2004 pp. 370-387.
33. Kvigne K, Kirkevold M, Gjengedal E. The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Agosto 2005. 14(7):897-905.
34. Dorschner S, Bauernschmidt D. Men as caregivers for their wives - two phenomenological studies of the experiences of male primary caregivers in home arrangements. Part 1: men as caregivers for their wives after stroke. *Pflege*. Agosto 2014; 27(4):257-67.
35. Pierce, Linda L., Steiner, V., Olson, Don A. (Ed); What are male caregivers talking about? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2004. Vol 11(2), 77-83.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer, en primer lugar, a mi estimada tutora Silvia Arribas por su paciencia, acompañamiento y apoyo durante esta fase que nos ha unido, y también por haber sido mi guía de conocimientos y mi estímulo durante todo el proceso de elaboración de este trabajo de fin de grado, sin ella no hubiera sido igual.

También agradecer a todos los profesores que me han permitido culminar esta etapa.

Mi más sincero agradecimiento a mis padres, a mis hermanas y a Francisco J. Pérez por acompañarme y regalarme comprensión, paciencia y cariño durante esta bonita carrera y en la realización de este trabajo. Y, sin duda, a mi querida amiga Vega Franco por haberme ofrecido todos sus consejos, su apoyo y compañía incondicional.